



TITLE:

# 学会抄録 第189回日本泌尿器学会 関西地方会

AUTHOR(S):

---

CITATION:

学会抄録 第189回日本泌尿器学会関西地方会. 泌尿器科紀要 2005, 51(5): 359-364

ISSUE DATE:

2005-05

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/113604>

RIGHT:

## 第189回 日本泌尿器学会関西地方会

(2004年12月11日 (土), 於 京都テルサ)

副甲状腺全摘除術が著効した二次性副甲状腺機能亢進症に伴う巨大異所性石灰化の1例: 野田泰照, 中田 渡, 平井利明, 松岡 徹, 藤本宜正, 小出卓生 (大阪厚生年金) 54歳, 女性. 1996年9月, 慢性腎不全に対し透析療法導入となる. 2002年他院にて左大転子部・踵骨部異所性石灰化に対し切除術を施行されたが, その後も異所性石灰化の再発・増大を認めたため, 2003年9月, 精査加療目的にて当院内科紹介. 血清 Ca・P 値は 59.95, intact-PTH も 685 pg/ml と高値であった. 二次性副甲状腺機能亢進症に対し内科的治療を行うもコントロール不良であり手術目的に当科紹介. 2004年1月14日, 副甲状腺全摘除術を施行した. 術後血清 Ca・P 値に著変は認めなかったが, intact-PTH は正常化した. また, 10ヵ月後現在, 異所性石灰化は著明に縮小し, 短距離の独歩が可能となった.

上皮小体全摘後も持続性上皮小体機能亢進症を呈した1例: 横山昌平, 薦原宏一, 福原慎一郎, 森 直樹, 原 恒男, 山口警司 (市立池田), 足立史朗 (同病理), 南 正人 (大阪大呼吸器外科), 時実昌泰 (時実クリニック) 55歳, 女性. 1990年慢性腎不全にて透析導入. 2000年頃より左肩痛, 骨嚢胞化, 軟部組織への Ca, Amyloid の沈着が著明となり intact-PTH も上昇. 2003年4月 intact-PTH は 2,800 pg/ml と上昇を認め, 二次性上皮小体機能亢進症の診断下に上皮小体4腺全摘, 自家移植術施行. 病理組織診断は parathyroid hyperplasia であった. しかし, 術後 intact-PTH は 1,000 pg/ml 前後の高値持続し, <sup>99m</sup>Tc-MIBI シンチ, 胸部 CT 施行し上縦隔に異所性上皮小体の存在が判明. 2004年1月, 大阪大学呼吸器外科にて胸腔鏡下異所性上皮小体摘出術施行. 病理組織診断は摘出した4腺同様 hyperplasia であった. 術後 intact-PTH は正常化している.

カテコラミン心筋症で発症した褐色細胞腫の1例: 白石裕介, 根来宏光, 岡田卓也, 岩村博史, 諸井誠司, 川喜田睦司 (神戸中央市民), 小林宏正, 柳井真知 (同内分泌内科), 佐藤正岳 (同循環器内科) 69歳, 女性. 主訴は胸部圧迫感. 身体所見および心電図, 血液検査, 心エコーなどから冠動脈疾患を疑ったが, 冠動脈造影で異常なく, 腹部 CT で内部に高濃度領域を含む 3.6×2.9 cm に腫大した副腎を認めた. また来院時より2日間に渡りコントロール不良な激しい血圧変動が見られた. その後 CT で腫瘍径の縮小が見られたものの, 内分泌検査で尿中カテコラミンの上昇, MIBG シンチの取り込みが見られたため褐色細胞腫と診断. 来院時の循環異常は腫瘍内出血によるカテコラミン心筋症と判断した. 腹腔鏡下左副腎摘除術を行い, 18.0 g の標本を摘出. 術中は腫瘍圧迫時に一時的な血圧上昇を, また標本摘出後に急激な血圧低下を認めた. 病理は褐色細胞腫であり, 経過良好である.

右副腎石灰化線維性偽腫瘍の1例: 姜 全鎬, 田中浩之, 松本 修 (三木市民), 鹿股直樹 (神大臨床病理) 35歳, 男性. 既往歴, 家族歴特記事項なし. 人間ドックの超音波検査にて右副腎の腫大を指摘され, 2004年4月に当科紹介受診. 腹部 CT 上右副腎上部に石灰化を伴った円形の結節性病変を認めた. 検査上は内分泌非活性な副腎腺腫と考え, 5月18日に腹腔鏡下右副腎摘除術を施行. 病理所見から副腎の石灰化線維性偽腫瘍と診断された. 現時点で再発, 転移を認めず. 石灰化線維性偽腫瘍とは1993年に Fetsch らが命名した非常に稀な良性的腫瘍様病変で, 組織学的には密に増生した膠原繊維束を認め, 萎縮した石灰化および層状の石灰化を伴い, 散在性に紡錘形細胞や炎症細胞浸潤を認めることを特徴とする. 全身の皮下および深部軟部組織に認められるが, 副腎での発症は非常に稀であり, われわれの調べた限りでは, 海外に報告を1例認めるのみであった.

自然破裂をきたした副腎骨髄脂肪腫の1例: 金 啓盛, 松原重治, 中村一郎 (神戸西市民) 46歳, 女性. 2004年2月9日右側腹部痛を主訴に当院救急外来受診. 腹部 CT, MRI で右副腎に一致した部位に出血をともなった 4×4 cm の腫瘍が認められた. 貧血の進行は見られたがバイタルに変動はなく, 一週間後の CT では腫瘍, 出血部位は縮小し, 内部の脂肪成分が顕著となった. 以上の画像所見より副腎骨髄脂肪腫の自然破裂と診断した. 6ヵ月後の MRI では腫瘍のサイズも 3×2 cm と縮小し, 再出血は認められなかった. 本邦において副腎骨

髄脂肪腫の自然破裂は自験例もあわせて10例報告されており, このうち保存的に経過観察したのは本症例のみであった. 鑑別困難な副腎腫瘍の出血はバイタルが安定していれば経過観察を行い, 血腫がある程度吸収された時点で再評価し, 良性疾患であれば温存も選択肢のひとつとなりうると考えられた.

14歳, 女性に発生した副腎神経節細胞腫の1例: 向井雅俊, 高尾徹也, 吉田栄宏, 井上 均, 宮川 康, 吉村一宏, 奥山明彦 (大阪大), 青笹克之 (同 病理病態), 藤井孝祐, 高寺博史 (八尾徳洲会) 14歳, 女性. 2004年2月20日, 右上腹部痛を自覚し, 近医小児科を受診. 腹部超音波検査にて右副腎に腫瘍を指摘されたため泌尿器科を紹介された. 血液生化学検査, 血中および尿中カテコラミン, VMA などいずれも基準値内であった. CT で右副腎に径 44×22 mm の内部均一で軽度造影される腫瘍を認め, MRI では T2 強調像で高信号を, T1 強調像で低信号を示す腫瘍を認めたが, 肝, 右腎への浸潤は認めなかった. <sup>131</sup>I-MIBG 副腎シンチでは異常集積を認めなかった. 内分泌非活性性右副腎腫瘍の診断の下7月30日, 腹腔鏡下右副腎摘除術を施行した. 病理組織学的診断は副腎神経節細胞腫であった. 術後経過良好にて8月5日退院した. 現在外来経過観察中である.

直腸癌副腎孤立性転移の1例: 大場健史, 熊野晶文, 竹田 雅, 田中一志, 山田裕二, 原 勲, 守殿貞夫 (神戸大) 52歳, 男性. アルコール性肝硬変の既往あり. 2004年4月15日直腸癌にて低位前方切除術施行. 術後 CEA の低下が乏しく, 7月24日の CT にて右副腎の腫脹が確認された. また PET にて同部に集積を認めたため, 直腸癌右副腎転移疑いにて当科紹介となった. 入院時 CEA は 466 ng/ml と著明に上昇しており, MRI にても右副腎に径 6 cm の腫瘍性病変を確認した. 他臓器への転移は認めなかった. 直腸癌右副腎孤立性転移の診断にて8月27日腹腔鏡下右副腎摘除術施行. 病理組織は adenocarcinoma で直腸癌からの転移と診断された. 術後 CEA は速やかに低下した. 術後4ヵ月経過の現時点において, CEA は再上昇を認めず, CT 上, 局所再発, 遠隔転移とも認めない.

後腹膜肉腫の3例: 角田洋一, 田中雅登, 矢澤浩治, 原田泰規, 伊藤喜一郎 (大阪総合医療セ), 中道伊津子, 伏見博彰 (同病理) 後腹膜原発的肉腫を3例経験した. 全例腫瘍摘除術を施行した. 症例1, 31歳, 男性. 胸痛を主訴に内科受診し, CT にて後腹膜腫瘍を指摘され当科紹介. 手術は左腎を合併切除し, 摘除重量は 3,000 g. 病理組織診断は fibrosarcoma. 術後4ヵ月目に局所再発しこれを摘除したが, 現在術後1年2ヵ月の時点で再度局所再発および肺転移を認めた. 症例2, 73歳, 女性. 主訴は左側腹部腫瘍. CT にて後腹膜腫瘍を指摘. 手術は左腎を合併切除し, 摘除重量は 2,420 g. 病理組織診断は dedifferentiated liposarcoma. 術後6ヵ月の時点で再発, 転移は認められていない. 症例3, 31歳, 女性. 腹部膨満感を主訴に近医受診し CT にて後腹膜腫瘍を認め当科紹介. 手術は左腎および脾臓を合併切除し, 摘除重量は 2,000 g. 病理組織診断は undifferentiated sarcoma. 術後2ヵ月で局所再発し, 3ヵ月目に死亡. 若干の文献的考察を加えて報告する.

血液透析患者に発生した両側異時性腎細胞癌の1例: 井戸本陽子, 安田孝志, 川瀬義夫 (松下記念腎不全科), 竹内一郎, 金沢元洪, 納谷佳男, 内田 睦 (同泌尿器), 建部 敦 (同臨床検査) 52歳, 男性. 既往歴: 血液透析歴30年. 長期透析に伴う後天性腎嚢胞に左腎細胞癌 (乳頭型) を合併し6年前に根治的左腎摘除術を施行されている. 主訴は右上腹部痛. 画像上, 右腎腫瘍を指摘され当科受診. 腫瘍は, 造影 CT にて遅延相で造影される充実性腫瘍, MRI (T2 強調) にて腎実質より発生したやや高信号の腫瘍として描出され, 腹部超音波検査 (ドブラ法) にて腫瘍内の血流を確認した. 根治的右腎摘除術を施行し可及的にリンパ節を郭清した. 術後補助療法として IFN-α の皮下投与を行った. 術後4ヵ月の時点で局所再発, リンパ節転移巣の増大を認める. 臨床診断は右腎癌 p 4N1M0. 病理診断は紡錘細胞癌であった.

腎 Oncocytoma の2例: 長谷部圭司, 佐藤元孝, 小森和彦, 高田

剛, 本多正人, 藤岡秀樹 (大阪警察) 症例 1. 41歳, 男性. 脂肪肝の精査中, 超音波検査・CT にて径 4 cm の左腎腫瘍を指摘され2002年 9 月に当科紹介となる. CT・MRI で中心部に境界明瞭な星状の低濃度領域を腎上極に認め oncocyoma を疑った. しかし造影では車軸状陰影を認めなかった. RCC も完全に否定できず, 腫瘍核出術を施行した. 病理組織は oncocyoma であった. 症例 2. 38歳, 男性. 全身倦怠感精査中, 超音波検査にて 3 cm の右腎腫瘍を指摘され2002年 8 月当科紹介となる. CT・MRI で不均一な造影効果のある径 3 cm の腫瘍を腎下極に指摘された. 血管造影でも hypervascular な径 3 cm の腫瘍を指摘された. RCC を疑われ, 腫瘍核出術を施行した. 病理組織 oncocyoma であった.

メラニン色素を産生した腎多胞性嚢腫の 1 例: 林 泰司・小池浩之・今西正昭 (済生会富田林), 宇多弘次 (同病理), 植村匡志 (うえむらクリニック) 54歳, 男性. 主訴は右背部痛. 前医にて, CT・エコー上, 右腎腫瘍疑いの診断で, 紹介受診となる. 経静脈的腎盂造影にて, 左下腎杯の圧排所見あり, MRI では, 左腎下極に径 4 cm の T1 強調で腎実質と等吸収域で T2 強調では低吸収域の腫瘤を認めた. 以上より腎囊胞性細胞癌の可能性も考え, 腎摘除術を施行した. 摘出標本は肉眼的に出血性腎囊胞であり, 壁に黒色性の腫瘤を認めた. 病理学的に, 囊胞は多胞性嚢腫であり, 黒色顆粒は特殊染色にて Fontana-Masson 染色で陽性でありメラニン色素であると診断された. また, HMB 45染色は陰性であり, 悪性黒色腫は否定された. われわれが調べえた限り, これまでにメラニン色素を産生した腎多胞性嚢腫の報告例はない.

ペリニ管癌の 1 例: 野瀬隆一郎, 大岡均至 (神戸医療セ) 73歳, 女性. 2004年 2 月より肉眼的血尿を自覚するも放置. 血尿の増悪を認め, 同年 7 月当科初診. 上腹部造影 CT にて淡い造影効果を有する直径 6×5 cm の右腎腫瘍と骨シンチグラフィー上, 多発性骨転移を認めた. 同年 8 月右腎摘出術施行. 病理組織は Bellini duct carcinoma, G2, INFβ, pT3a, pN2 であった. 術後の回復は良好で術後補助療法としてインターフェロン療法を試みたが, 副作用と全身状態の急速な悪化で, 治療の続行を断念. 放射線療法の適応もなく, 対症的に経過観察していたが, 癌の進行早く, 術後約 4 カ月で癌死した. ペリニ管癌は治療として手術以外に有効な治療法は確立されておらず, 特に転移を有する症例については, きわめて予後不良であることが知られる. 本例においても, 周術期に何ら問題は認めなかったが術後の病勢の進行がきわめて早く, 術後補助療法もまったく奏効せず死亡の転帰をとった.

血清 CEA 高値を示した Bellini 管癌の 1 例: 矢野公大, 岩田 健, 宮下浩明 (近江八幡市民), 金沢元洪 (松下記念) 76歳, 女性. 2004年 1 月に右腰背部痛を自覚し, 当院内科受診. 血清 CEA 36.6 ng/ml と高値を示し, CT を施行したところ右腎腫瘍の疑いあり, 当科紹介となった. CT にて右腎下極に hypovascular な腫瘍と右水腎症を認めた. RP を施行したところ, 右腎盂尿管移行部の上内側への圧排偏位, 下腎杯の充満欠損を認めた. 右腎尿管細胞診は class IV, 尿路上皮癌の疑いであった. 右腎盂癌の診断のもと, 2004年 4 月に後腹膜鏡下右腎尿管全摘除術を施行した. 病理診断は, Bellini 管癌, infiltrating type, G3, INFγ, v (-), pT3a pN2 であった. 術後補助療法は施行せず, 8 カ月経過した現在, 無再発生存中である. なお術後血清 CEA も正常化し, 厳重に経過観察中である. 血清 CEA 高値を示した Bellini 管癌の報告は稀で, 文献上本症例は 2 例目の報告である.

自然破裂で発見された腎血管筋脂肪腫の 1 例: 西畑雅也, 曲人 保, 藤永卓治 (和歌山労災) 51歳, 女性. 以前より腹部膨隆に気づくも気にしてなかった. 2004年 7 月 29 日突然腹部膨満感が増強し, 左側腹部痛も出現. CT にて腹部腫瘤および腎周囲の血腫を指摘され, 緊急入院となった. 入院時の検査では貧血と炎症所見を認めたが, 血尿は認めなかった. 腹部造影 CT では左腎下極から骨盤内にまで広がる 17×11×20 cm の巨大な低吸収域な腫瘍を認め, 左腎および腫瘍の周囲には出血を伴っていた. MRI では T1 強調, T2 強調とも高信号の腫瘍を認めた. 入院後より輸血して安静にするも再出血し, ショックとなり 8 月 5 日に AML の自然破裂の診断で腫瘍および左腎摘除術を施行した. 摘除重量 3,048 g, 腫瘍は腎と境界明瞭で 17×12×8 cm の黄色表面平滑な充実性腫瘍であった. 病理組織は腎血管筋脂肪腫であった.

甲状腺癌腎転移の 1 例: 相馬隆人, 小木曾 聡, 山下資樹, 中村健一, 奥野 博 (国立京都医療セ) 72歳, 女性. 甲状腺腺癌で1998年 6 月右葉切除術, その後局所リンパ節転移に対し計 5 回の手術施行. 2002年 1 月再発に対し, 左葉切除術および気管合併切除術およびリンパ節郭清術施行. 2004年 6 月肉眼的血尿出現し当科受診. CT, MRI で右腎下極に, のう胞性で壁に性に造影効果のある充実結節を伴った径 53×50 mm の腫瘍を認め, 根治的腎摘出術施行. 病理結果は甲状腺腺癌の腎転移であった. 術後 3 カ月した現在, 再発転移なく経過観察中である. 生存中発見された甲状腺癌の腎転移は比較的まれで, 本症例は本邦 11 例目と考えられた.

外傷性腎仮性動脈瘤の 1 例: 東 拓也, 吉井将人, 渡辺秀次 (済生会中和), 横谷繁郎, 甲川佳代子, 吉村佳子 (同放射線) 43歳, 男性. 家族歴, 既往歴に特記すべきことなし. 2004年 5 月 30 日, バイクの飲酒運転にて転倒. ガードレールにて左季肋部を打撲したが, 自らバイクを運転し帰宅した. 翌日, 当院整形外科を受診した際, 膀胱タンポナーデによる尿閉にて当科へ紹介となる. 単純レントゲン, 腹部 CT にて左腎損傷 (Ⅱ度), 脾臓傷および左鎖骨, 左肋骨, 左足関節の骨折と診断. 安静, 抗生剤投与などにて保存的治療を行うも, 受傷 19 日目および 30 日目に再び高度な肉眼的血尿が出現した. 同年 7 月 1 日, 腎動脈造影法にて左腎下極の腎内動脈に仮性動脈瘤を認めたため, gelatin sponge 細片にて塞栓術を施行した. 以後血尿は消失し, 術後 5 カ月を経過し, 再発は認めていない.

腎石灰化症に腎結核を合併した 1 例: 浅井利大, 上川禎則, 井口太郎, 石井啓一, 金 卓, 坂本 亘, 杉本俊門 (大阪総合医療セ) 56歳, 男性. 以前より腎石灰化症と慢性腎不全を指摘されていた. 主訴は熱発と全身倦怠感. 慢性腎不全の急性増悪を認めたため緊急入院となり, 入院後血液透析導入となる. 感染に対し保存的に加療したが改善せず. ガリウムシンチ施行したところ右腎に集積を認め, ドレナージ目的で尿管にステント留置したが著効なかった. 造影 CT にて右腎に多発性膿瘍が疑われたため腎摘除術施行. 病理組織診断にて腎結核と診断された. 腎摘除術後は全身状態改善した. 術前, 培養, PCR 検査で結核菌陰性であったこと, 全身症状が著明であったことから腎結核と診断できなかった. しかし, 難治性の尿路感染症においては, 腎尿路結核の可能性も念頭に置き, 診断を進めていく必要があると考えられた.

高齢夫婦間生体腎移植の 1 例: 斉藤 純, 波多野浩士, 今村亮一, 難波行臣, 市丸直嗣, 宮川 康, 吉村一宏, 高原史郎, 奥山明彦 (大阪大) 60歳, 女性. 24歳時に検診にて蛋白尿を指摘され, 27歳時に慢性糸球体腎炎と診断された. 生活指導・食事療法を行ったが徐々に腎機能が悪化し, 58歳時に血液透析導入となった. 2004年 6 月 16 日, 62歳の夫をドナーとする血液型不一致生体腎移植術を施行した. 温阻血時間は 3 分, 総阻血時間は 121 分, 手術時間は 5 時間 15 分であった. ドナーの腎動脈が 2 本ありベンチサージャーリーにて 1 本化したため総阻血時間が長く, 術後に血液透析を計 5 回施行した. 術後 7 日目頃より尿量の増加を認め, 血清 Cr 値も徐々に低下し, 術後 15 日目頃より 1.0 mg/dl 前後で安定に推移した. 術後 33 日目に退院となった. 現在, 術後 6 カ月が経過しているが, 血清 Cr 値 0.75 mg/dl と良好である.

著明心機能障害患者腎腫瘍に対する Gasless endoscopic nephrectomy の経験: 寒野 徹, 七里泰正, 種田倫之, 金丸洋史 (北野) 54歳, 女性. 不明熱精査で左腎腫瘍を認めた. 心筋梗塞の既往あり, EF 28% と著明に心機能低下. また SLE のためステロイド内服していた. 抗生剤にて感染が沈静化した後, CO<sub>2</sub> 気腹による循環への影響を考え, abdominal wall-lift gasless laparoscopy にて左腎全摘術施行. CO<sub>2</sub> 腹腔鏡と同様の手技・手術時間・出血量にて手術しえた.

PET が診断に有用であった腎癌骨髄転移の 1 例: 星 昭夫, 東 新, 中村英二郎, 清川岳彦, 伊藤哲之, 山本新吾, 賀本敏行, 小川 修 (京都大), 金子嘉志, 西村一男 (大阪赤十字) 66歳, 男性. 主訴は発熱持続. 2004年 5 月発熱持続するため入院の上精査. CT にて左腎腫瘍と診断. 穿刺生検施行した結果は RCC (cT2N0M0) であり, 左腎摘除術を施行した (papillary RCC, Grade 3, INFβ, pT2, V1). 術後も発熱持続し, 当院転院となる. 入院時は貧血と血液像の異常を認めたことにより骨髄病変を疑い, 骨髄生検を施行. 生検組織は低分化腺癌で占有されており, 腎癌骨髄転移と診断した. 胸腹部 CT では異常所

見は認めなかったが、全身検索として PET を施行。骨髄転移巣のみ異常集積を認めた。PET は他の画像では指摘されない転移巣の診断に有用である可能性が示唆された。

**腎癌に対してラジオ波焼灼術 (RFA : Radio Frequency Ablation) を施行した 1 例：**牧野哲也，長沼俊秀，北本興市郎，町田裕一，山崎健史，内田潤次，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 80歳，男性。既往歴：糖尿病，慢性C型肝炎，肝細胞癌 (TAE 4回施行)。2003年7月肝細胞癌の加療中，腹部 CT にて左腎上極に径 2.5 cm の腫瘍を指摘され当科受診。CT 上，左腎上極に径 2.5 cm の腫瘍を認め，造影 CT にて強い enhance を受けた。左腎癌の診断のもと，加療目的にて，2004年4月入院となった。骨転移，肺転移を認めず，左腎癌T1aN0M0と診断した。合併症，年齢より手術不適応と判断し，RFA を施行した。左腎動脈を balloon catheter 閉塞下に，Le Veen 針にて RFA を施行。術翌日に血尿を認めた。術後7カ月の CT 上再発は認めていない。腎腫瘍に対する RFA は低侵襲で，今後有用な治療法となる可能性があり，長期の経過観察による治療効果の検証が待たれる。

**後腹膜鏡下左腎尿管全摘除術後に後腹膜乳び瘻を来した 1 例：**根来宏光，白石裕介，岡田卓也，岩村博史，諸井誠司，川喜田睦司（神戸中央市民） 71歳，男性。膀胱癌にて膀胱全摘，新膀胱造設後2年，左腎盂に再発。2004年6月後腹膜鏡下左腎尿管全摘除術施行後4日目に下腹部痛出現。後腹膜に多量の乳び貯留を認めた。持続的ドレナージを行い，TPN にて管理するも，乳び排泄 500 ml/日が続き，術後29日目にソマトスタチン皮下注射を 100 µg/日から開始。術後37日目に 300 µg/日まで増量。術後40日目以降，排泄をほぼ認めず，術後47日目に低脂肪食を開始するも排泄増加なく，ソマトスタチンを徐々に減量し術後60日目に中止した。術後5ヵ月現在，再貯留を認めていない。リンパ瘻は術中に確認できないことも多く，その発生を予防するため，十分なリンパ管断端の凝固，クリッピングが重要である。

**後腹膜脂肪肉腫の 1 例：**小山耕平，内本晋也，丸山榮純，古武彌剛，木山 賢，東 治人，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大） 59歳，女性。2003年10月頃より全身倦怠感を自覚。12月に近医受診し超音波検査，CT を施行したところ後腹膜に最大径 20 cm 大の腫瘍性病変を認め2004年1月当科紹介受診となった。CT 上，左後腹膜腔に内部不均一な長径約 20 cm 大の腫瘍をみとめ，MRI 上，正常脂肪組織と比して low intensity を呈する内部不均一な腫瘍を認めた。以上より後腹膜腫瘍との診断で本年3月4日に後腹膜腫瘍摘出術を行った。摘出標本は，薄い被膜に囲まれた境界が比較的明瞭な黄色弾性軟の腫瘍で，大きさは 36×28×14 cm で総重量は 3,600 g であった。病理標本にて，一部に核異型のある lipoblast を認め，高分化型脂肪肉腫であった。現在術後10ヵ月経過したが，再発，転移などは認めていない。

**遠隔転移を来した表在性膀胱癌の治療効果判定にPETが有用であった 1 例：**平尾岡也，田中基幹，松下千枝，三宅牧人，田中雅博，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 47歳，男性。主訴は肉眼的血尿，膀胱鏡で膀胱右壁に約 3 cm の有茎性表在性腫瘍を認め，CT で腎門部リンパ節腫大，PET では右仙骨に異常集積を認めた。TUR-Bt を施行，病理組織診断は尿路上皮癌 (pT1, G3) で完全切除であった。また仙骨腫瘍は生検の結果，尿路上皮癌骨転移と診断された。進行性尿路上皮癌 (cT1N1M1) と診断し，全身化学療法 (iMEC) を3コース，さらに M-VAC を3コース施行した。CT ではリンパ節，仙骨に腫瘍の存在が認められ PR であった，しかし PET では双方ともほぼ完全に集積が消退しており CR と診断した。従来，化学療法後にリンパ節郭清や生検を行い残存腫瘍の viability を病理学的に判断していたが，PET の出現によりそれが画像的に可能となり，非常に有用な検査法であると思われた。

**前立腺炎症性偽腫瘍の 1 例：**倉本朋未，森 喬史，吉川和朗，線崎博哉，柑本康夫，萩野恵三，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 42歳，男性。血精液症，慢性前立腺炎の既往あり。排尿困難を主訴に当科受診。膀胱尿道鏡検査では，前立腺部尿道を占拠する非乳頭状腫瘍および膀胱結石を認めた。MRI では，前立腺は 8.5 cm と不整に腫大し，膀胱内および背側に突出していた。経直腸的前立腺生検で悪性所見を認めなかったため，膀胱碎石術および TUR-P を施行した。術後，排尿困難は改善した。病理組織学的には，浮腫を伴った間質に異型のない短紡錘形細胞の疎な増生がみられ，炎症性偽腫瘍と診断した。

本症は多くの臓器に発生することが知られているが，前立腺発生はきわめて稀で，欧米を含めこれまでわずか10例が報告されているのみである。自験例は本邦報告の2例目にあたる。本症の診断および治療について考察を加え報告した。

**前立腺被膜下摘除術後の尿道狭窄に対し排尿時経直腸的前立腺超音波検査 (voiding TRUS) が診断に有効であった 1 例：**大石正勝，沖原宏治，前田陽一郎，田原秀一，牛嶋 壮，邵 仁哲，米田公彦，河内明宏，三木恒治（京府医大） 75歳，男性。他院で前立腺肥大症の診断のもと内服行うも改善認めず，当科紹介受診。前立腺体積 105 ml であり，PFS にて obstructed pattern を認め，前立腺被膜下摘除術施行。術後バルーンカテーテル抜去後排尿障害認め尿道狭窄を疑い，膀胱尿道鏡検査をすすめるも疼痛を理由に拒否したため，低侵襲検査である voiding TRUS を行った。後部尿道狭窄を認めたため患者の了承を得たうえで膀胱尿道鏡検査を行った。Voiding TRUS の所見に一致して狭窄を認めたが，拡張は可能でありその後症状は改善した。本症例では voiding TRUS を用いることによって低侵襲に尿道狭窄を診断することができた。

**診断に苦慮した BCG 膀胱内注入療法後に発生した肉芽腫性前立腺炎の 2 例：**森 康範，花井 禎，加藤良成，井口正典（市立貝塚），山崎 大（同病理），山本智将（近畿大堺） BCG 膀胱内注入療法後の肉芽腫性前立腺炎は決して稀なものではなく，臨床所見，検査所見より比較的診断がつきやすい。今回，画像所見，理学所見が非典型的で前立腺生検により確定診断に至った2例を経験したので報告する。症例1，50歳，男性。随伴性 CIS に対し BCG 膀胱内注入療法14回施行。症例2，78歳，男性。表在性膀胱腫瘍再発防止のため BCG 膀胱内注入療法6回施行。BCG 膀胱内注入療法後外来通院中，両症例とも直腸診では異常はなかったが超音波，MRI にて前立腺内に孤立性の病変を認めたため症例1は膀胱 CIS の前立腺浸潤あるいは前立腺癌を，症例2は前立腺癌を疑い経会陰的前立腺生検施行。2症例とも病理組織診断は BCG 膀胱内注入療法による肉芽腫性前立腺炎であった。

**TUR-P 術後の Gray zone PSA 症例における前立腺生検の検討：**山本 豊，橋本 潔，江左 篤（NTT 大阪） [緒言] 稀ではあるが TUR-P 術後病理診断にて良性と診断されてもある程度の期間を経て前立腺癌が発見されることがある。今回われわれは TUR-P 術後 gray zone を示した7症例に生検を施行したので若干の考察を加えて報告する。[対象] TUR-P 術後前立腺肥大症と診断され，その後のフォローにて PSA 値が gray zone を示し，前立腺生検を施行しえた7症例とした。[結果] TUR-P 術後，PSA 値が，術前よりも高値にあるものはすべてに癌が検出され，低値のものは癌が検出されなかった。[考察] TUR-P 術後の PSA 値が gray zone の症例において，術前 PSA 値を上回るものは生検が必要であり，gray zone の症例においても術前 PSA 値を上回らないものは経過観察が望ましいと考えられる。

**前立腺小細胞癌の 1 例：**花田英紀，影山 進，成田充弘，金 哲将，若林賢彦，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 64歳，男性。主訴は浮腫と全身倦怠感。2004年4月22日誘因なく尿閉となり近医受診。その後徐々に全身の浮腫が出現。両側の水腎症を指摘され，腎後性腎不全との診断にて2004年5月6日当科受診となった。経皮的腎臓造設により全身状態は改善した。尿細胞診は class V で小細胞癌を認めた。膀胱鏡検査では膀胱頭部～後三角部において著明な浮腫状変化を呈しており，両側尿管口の同定はできなかった。CT，MRI にて前立腺左葉の外側への不整な突出，前立腺と連続する膀胱頭部の壁肥厚および多発性の微小肺転移を認めた。前立腺針生検にて前立腺小細胞癌と診断。腫瘍マーカーでは NSE と proGRP の上昇を認めた。治療として，肺小細胞癌の標準治療に準じてシスプラチン，エトポシドを用いた PE 療法を施行した後，膀胱前立腺摘除術による集学的治療を行った。

**腎細胞癌と腎盂移行上皮癌の同側性，同時性重複癌の 1 例：**林 哲也，阿部豊文，中山治郎，岸川英史，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友） 54歳，男性。2004年8月，検診での腹部エコーにて左腎外側・左腎盂に腫瘤を認め，精査加療目的にて当科紹介受診した。検査所見では尿潜血 (1+)，尿細胞診では自排尿が class III，左腎盂尿が class V であった。膀胱鏡では特に異常を認めなかった。腹部 CT，MRI，逆行性腎盂造影検査にて左腎腫瘍，左腎盂腫瘍と診断し，同年

9月14日、左腎尿管摘除術を施行した。病理診断は左腎腫瘍が clear cell carcinoma, alveolar type, G2, INF $\alpha$ , pT1a, 左腎盂腫瘍が transitional cell carcinoma, G2, INF $\beta$ , pT1 であった。本邦において、同一側・同時性の腎細胞癌、腎盂移行上皮癌の重複例は本症例を含めて35例であった。

**腎盂腫瘍と鑑別困難であった肺癌腎転移の1例：**三島崇生、佐藤仁彦、谷口久哲、地崎竜介、巽一啓、河源、六車光英、木下秀文、松田公志（関西医大）、坂井田紀子（同病理） 65歳、男性。既往歴に2002年4月肺癌による右下葉切除の既往有。2003年2月無症候性肉眼的血尿を認め当科初診。画像所見にて腎内腫瘍を認め・尿細胞診にて malignancy であった。右腎盂腫瘍疑われるも同時期肺癌肺内再発認め化学療法先行結果肺病変 CR、腎病変不変。腎盂尿管腫瘍の診断で後腹膜鏡下腎尿管全摘除術施行。病理結果は肺癌腎転移であった。本邦における肺癌腎転移は自験例を含め54例の報告がある。尿細胞診においては尿路であるとの先入観が病理医にもあるため、他の癌腫が既往にある場合はそれを伝えうえて加味する必要がある。また、肺癌腎転移は生命予後が非常に悪く手術適応は慎重に決める必要がある。

**下大静脈腫瘍塞栓をきたした浸潤性腎盂癌の1例：**熊野晶文、寺尾秀治、村蒔基次、田中一志、山田裕二、原 勲、守殿貞夫（神戸大）、佐久間孝雄、辻 功（高槻）、天野利彦（関西労災） 63歳、男性。2003年10月血尿を主訴に近医受診。浸潤性腎盂腫瘍および下大静脈腫瘍塞栓を疑われ当科紹介となった。尿細胞診は Class IV、画像上右腎および腎盂に腫瘍性病変を認め、右腎静脈から肝門部より尾側の下大静脈に腫瘍塞栓を認めた。また多発性骨転移を認めた。以上より浸潤性腎盂癌を疑ったが腎細胞癌を否定できず、同年12月尿管鏡下生検を施行した。術中所見および組織学的所見から尿路上皮癌と診断し、M-VAC を施行した。2コース終了時点で評価は NC、全身状態の悪化より継続治療不可能となり、診断確定から9カ月後の2004年7月に死亡した。下大静脈腫瘍塞栓を伴った浸潤性腎盂癌は予後不良であり、報告例はわれわれが調べた限りでは自験例は21例目であった。

**両側同時性尿管腫瘍の1例：**益田良賢、牛田 博（宇治徳洲会）、片岡 晃（社保滋賀）、若林賢彦（滋賀医大） 76歳、男性。2003年11月に肉眼的血尿にて当科受診。腹部超音波検査にて左水腎症を指摘されたため、DIP 施行。左上尿管と右下尿管に陰影欠損を認めた。RP でも DIP 同様の所見を得た。自然尿細胞診では class II、腎盂尿細胞診は両側とも class III であった。確定診断のため尿管鏡を施行。右下尿管に辺縁やや不整、左上尿管に辺縁整な腫瘍を認めた。右に対しては可及的切除、左に対しては切除困難であったため生検を施行した。病理組織の結果、両側とも TCC, G1, pTa であった。追加治療として左腎尿管全摘、右尿管部分切除、膀胱尿管新吻合術にて右腎を温存した。

**腹腔鏡下および内視鏡補助下小切開手術を施行した尿管異所開口の2例：**橋本貴彦、安田和生、東郷容和、丸山琢雄、近藤宣幸、野島道生、森 義則、島 博基（兵庫医大）、滝内秀和（市立西宮中央） 症例1: 8歳、女児。生来より尿失禁があり、1999年6月30日に紹介受診。昼間遺尿（尿失禁）と夜尿が継続したため、精査を行った結果、Thom I 型、陰への左尿管異所開口と診断。2003年7月25日、後腹膜鏡下左腎摘除術施行。摘出標本は 3.2×1.7×1.0 cm, 2.51 g, 病理組織診断は低形成腎であった。症例2: 9歳、女児。生来より尿失禁を認め、近医にて右尿管異所開口と診断され、当科を受診。Thom I 型、陰への右尿管異所開口と診断し内視鏡補助下右腎摘除術を施行。摘出標本は 3.8×2.0×1.0 cm。病理組織診断は低形成腎であった。当科における尿管異所開口56例の統計を示すとともに尿管異所開口症例に対する鏡視下手術の有用性について述べた。

**一側合流尿管皮膚瘻（広川法）の臨床的検討：**今西 治、寺川智章、田口 功、山中 望（神鋼） [対象] 1996年1月から2004年7月までの期間に広川法による一側合流尿管皮膚瘻術を行った29例で臨床的検討を行った。[結果] スtent 抜去を試みた26例中24例92.3%でチューブレスに成功した。Stent 抜去後早期に Stent 再留置を要した例もあったが、経過観察にて Stent 抜去が可能であった。ストマ狭窄による Stent の再留置が1例あったがストマ形成術を行い Stent を抜去している [結語] 広川法による一側合流尿管皮膚瘻術でチューブレス成功率は92.3%であった。チューブレス成功のポイント

は尿管剥離時の愛護的操作である。尿管皮膚瘻はシングルストーマにできかつチューブレスが達成できれば、安全かつ有用な尿路変向術の1つである。

**膀胱 Paraganglioma の1例：**野瀬隆一郎、大岡均至（神戸医療セ） 72歳、男性。2003年10月頃より約 1 kg/1 カ月の体重減少にて近医受診。骨盤部 CT にて膀胱に接し、造影効果を有する内部に壊死巣と思われる病巣を伴う腫瘍を指摘。2004年6月当院外科紹介、受診。同年7月術中開腹時、腫瘍は膀胱原発と判明し当科へ治療依頼。急速膀胱全摘術、回腸導管造設術を施行。術中操作の際に著明な血圧上昇を認め、厳密な血圧管理を要した。組織は膀胱原発悪性 paraganglioma であった。術後経過は良好であったが、外来経過観察中の同年10月末頃より腰背部痛出現。骨シンチにて多発性骨転移を認めた。同年11月初旬より両下肢不全麻痺出現。さらに多発肺転移も認めた。現在腸閉塞を発症し加療中。本症例において、術前に同疾患に典型的な徴候を認めず、術前診断がきわめて困難であった。膀胱原発悪性 paraganglioma は非常に稀な疾患であり、本症例は本邦文献上、11例目であった。

**S 状結腸憩室炎に起因する S 状結腸膀胱瘻の2例：**西和田 忠、山本 広明、清水一宏、辻本賀洋、三馬省二（県立奈良）、渡辺明彦（同外科） 症例1は74歳、男性。健診で尿潜血を指摘され近医受診。腹部超音波検査で膀胱右側に腫瘤を指摘され当科紹介受診。画像診断で S 状結腸憩室炎による炎症性腫瘤を疑い経過観察したが、S 状結腸膀胱瘻を生じ、膀胱部分切除、S 状結腸部分切除術を行った。症例2は72歳、女性。腹痛、頻尿を主訴に近医受診。浸潤性膀胱癌を疑われ当科紹介受診。画像診断で S 状結腸憩室炎による炎症性腫瘤および S 状結腸膀胱瘻と診断し、膀胱部分切除、S 状結腸切除術を施行した。いずれも病理診断で S 状結腸憩室炎に伴う炎症性肉芽腫および瘻孔と診断した。S 状結腸膀胱瘻の成因として炎症性疾患を念頭において検索する必要がある。また、無症状の良性肉芽腫疾患と診断しても、積極的な治療が必要である。

**膀胱全摘術後、骨盤内リンパ節転移との鑑別が困難であった卵巣嚢腫の1例：**山口唯一郎、小野 豊、垣本健一、目黒則男、前田 修、木内利明、宇佐美道之（大阪成人病セ） 42歳、女性。主訴は骨盤内腫瘤精査。2002年5月、他院にて浸潤性膀胱癌と診断され当科紹介受診。6月膀胱全摘除術、左付属器摘除術、回腸導管造設術施行。病理結果は TCC, G2>G3, pT2a, pN0。外来にて経過観察を行っていたが、2003年4月骨盤内右側に径 1 cm 程度の嚢胞性病変を認めた。その後、嚢胞性病変は徐々に増大し、2003年12月の CT では径 3 cm 程度であった。転移性リンパ節の可能性を考慮し、MRI, PET 検査を施行するも病変は 2 cm まで縮小し、PET も陰性であった。内分泌機能検査にて卵巣機能は保たれており、機能的卵巣嚢腫と診断。現在増大を認めることなく、経過観察中である。

**TUR-Bt 後4カ月目に急速に進行し膀胱全摘を行った血液透析患者の浸潤性膀胱癌の1例：**上田 崇、長嶋隆夫、佐藤 暢、小山正樹、岡田晃一、伊藤吉三、岩元則幸（京都第一赤十字） 78歳、女性。1990年膀胱腫瘍に対して TUR-Bt を施行、以後再発を繰り返すため1993年に BCG 膀胱内注入療法を施行された。1998年右腎盂腫瘍に対して右腎尿管全摘術施行後、慢性腎不全にて血液透析施行中であった。2003年12月他院にて TUR-Bt を施行、病理診断は TCC, G1, pT1 であった。2004年2月に頻尿が出現した。4月の腹部 CT にて巨大膀胱腫瘍を認め、当院紹介となった。尿細胞診で class V, SCC が検出され、MRI にて筋層浸潤が疑われた。尿路感染症が抗生剤を投与するも軽快せず、膀胱全摘術を施行した。病理診断は SCC, G3, INF $\gamma$ , pT3a であった。

**BCG 膀胱内注入療法後、肺粟粒結核を来した1例：**空 昌治、谷本 義明、桑原伸介、岩井謙仁（和泉市立） 73歳、男性。61歳時左腎盂癌にて左腎尿管摘除術、72歳時膀胱腫瘍にて TUR-Bt 施行。術後 BCG (Connaught 株) 40 mg/週を4回膀胱内注入後、38°C の熱発が3日間持続、肉眼的血尿、黄疸を認め入院。肝庇護剤の投与にて2日後に黄疸は軽減したが 37°C 台の微熱と炎症所見が継続したため INH 400 mg の投与を開始。1週間後、白血球減少を認め中止した。その後白血球数は改善するも炎症所見と微熱が続いた。入院4週後 Ga シンチ、胸部 CT にて肺粟粒結核と診断し RFP 600 mg + EB 750 mg + PZA

1,200 mg+LVFX 200 mg 投与を開始した。尿、喀痰、肺胞洗浄液培養陰性、肺生検陰性。入院 8 週後の胸部 CT で肺病変軽快を確認し退院。12週間の抗結核療法で肺病変は消失した。

**膀胱褐色細胞腫の 1 例：**波多野浩士，高尾徹也，市丸直嗣，吉村一宏，奥山明彦（大阪大），中田悠紀，奥本泰士，平岡久豊（同内科），高桑徹也，青笹克之（同病理） 65歳，女性。排尿後に生じる頭痛，動悸，冷汗発作を主訴に近医受診。発作時の収縮期血圧が 300 mmHg 以上であり，当院紹介の上，入院した。血尿は認めなかった。入院時，内分泌学的検査にて，NSE，尿中ノルアドレナリン，尿中メタネフリン高値。排尿後に血中ノルアドレナリンが高値を示した。<sup>131</sup>I-MIBG シンチグラムにて膀胱部に集積を認めたが，他部位に異常集積はなかった。腹部 MRI では膀胱前壁から頸部に，径 2 cm 大の腫瘤を認めた。膀胱褐色細胞腫と診断し腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は直径 2×2×1.5 cm 大。病理診断の結果は褐色細胞腫であった。術後高血圧発作は消失し，血中，尿中カテコラミンは正常範囲となった。術後 4 カ月経過したが，再発は認めていない。

**排尿困難を契機に発見された Inverted papilloma の 1 例：**坂野祐司，益田良賢，上仁数義，岡本圭生，金 哲将，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 55歳，男性。高血圧症にて近医通院中，排尿困難，尿線の途絶の自覚があり，また同時期の健康診断にて尿潜血を指摘されたため，近医より紹介受診。膀胱鏡にて頸部 6 時より細長く伸びる有茎性非乳頭状腫瘍を認めた。排尿時に腫瘍が弁状に作用し，尿線の途絶を呈すると考えられた。TUR-Bt を施行し，排尿困難は改善した。病理組織は inverted papilloma であった。良性に分類される腫瘍ではあるが，1980年代以降再発例，TCC との合併例，TCC への悪性化例の報告があり，その malignant potential が問題となっている。尿路 inverted papilloma に対しては，low grade, low stage の TCC と同様の注意を払う必要があると考えられる。

**前立腺印環細胞癌・肝細胞癌・上行結腸癌の 3 重癌の 1 例：**横溝智，伊藤伸一郎，今津哲央，菅尾英木（箕面市立），辻畑正雄（済生会千里），中島 譲（同内科），黒田秀也（くろだクリニック） 74歳，男性。頻尿・排尿困難で近医受診し，PSA が 23.0 ng/ml と高値であったため精査目的に 2003 年 3 月 12 日当科紹介受診。直腸診で前立腺は石様硬で MRI では前立腺癌の被膜外浸潤が疑われた。経直腸の前立腺生検を施行し組織は印環細胞癌であった。免疫染色は PSA 染色陽性，PAS 染色陰性であった。上部・下部消化管に悪性所見なく，転移も認めず，前立腺原発印環細胞癌，T3aN0M0 と診断しホルモン療法を開始しその後放射線外照射も施行し PSA は感度以下となった。治療開始から 1 年 7 カ月経過した現在 PSA の上昇は認めていない。既往歴として C 型肝炎に伴う肝細胞癌と上行結腸癌があったため 3 重癌であった。

**前立腺広汎切除術の経験：**三宅秀明，酒井伊織，原田健一，江藤 弘（兵庫成人病セ），藤元博行（国立がんセンター） 2004 年 4 月より神経温存を意図しない局所前立腺癌 37 症例に対し，より完全な病巣切除を目的として前立腺広汎切除術を施行した。本手術では，初めに直腸筋層を露出し，その層を維持しながら剥離を行うことで前立腺をその周囲組織，神経血管束および Denonvillier 筋膜とともに一塊に摘除する。37 例の手術時間および出血量の中央値はそれぞれ 220 分および 780 ml であった。全例に同種血輸血を要さなかったが，直腸損傷および尿管損傷を，それぞれ 3 例および 1 例に認めた。病理学的病期は pT2，pT3a，pT3b および pT4 が，それぞれ 15，13，7 例および 2 例であり，生化学的再発を 2 例に認めた。本術式の腫瘍学的意義の解明にはさらなる症例の蓄積および観察期間の延長が必要であるが，通常の前立腺全摘除術に比し切除断端の確保に有利である可能性が示唆された。

**ダウン症患者の難治性尿道狭窄に対して，尿道ステント留置術を施行した 1 例：**寺田直樹，新垣隆一郎，岡田能幸，北原光輝，金子嘉志，西村一男（大阪赤十字），大森孝平（大森クリニック） 34歳，男性。ダウン症による知能低下あり。2003 年 3 月末より尿線が細くなり，4 月 4 日，尿閉にて受診。尿道狭窄のため尿道カテーテル留置出来ず，膀胱瘻造設術施行した。2 カ月間で内尿道切開術を 3 回施行するも，再狭窄を来した。6 月 4 日，尿道ステント（メモカス™）留置術を施行した。術後排尿状態良好であったが，7 月 25 日に尿閉となった。ステント遠位部の再狭窄であったため，30 mm から 60 mm のステント

に交換。1 年後の 2004 年 7 月 21 日に再び尿閉となる。ステント位置が遠位に移動し，近位部の再狭窄を認めたため，内尿道切開術後，再度ステント交換した。以後，経過観察中である。

**傍尿道平滑筋腫の 1 例：**天野利彦，八尾昭久，下垣博義，川端 岳（関西労災） 症例は，33歳，女性。外陰部に突出する腫瘤を自覚し当院婦人科を受診した。経膈エコーにて尿道腫瘍を疑われ当科紹介となった。視触診にて膈口奥に母指頭大，弾性硬な腫瘤を触知し，MRI にて膈尿道間に T2 強調画像にて高信号，Gd にて均一に造影される腫瘍を認め，傍尿道平滑筋腫の診断のもと，経膈的腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は尿道側に若干の癒着を認め，尿道より発生したものと考えられた。病理組織学的検査にて傍尿道平滑筋腫と診断され，免疫染色でエストロゲンレセプター，プロゲステロンレセプターともに濃染し，女性ホルモンレセプターの存在が確認された。下部尿路症状を訴える女性患者において，診断上本症も念頭に置いておくべきと考えられた。本症例では診断に MRI が有用であった。

**精巣性女性化症候群に発生した精上皮腫の 1 例：**中山治郎，林 哲也，阿部豊文，岸川英史，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友），辻村崇浩（同病理） 42歳。戸籍上は女性。右鼠径部腫瘤を主訴とし 2004 年 3 月当科受診。20歳時に無月経の精査で他院受診し，腹部に精巣があると指摘されるも以後受診していなかった。CT で右鼠径部に長径 9 cm，左鼠径部に長径 2 cm の腫瘍あり，子宮および付属器は認めず。染色体は 46XY の正常核型。LDH 354，β-HCG 1.4 と高値。精巣性女性化症候群および精巣腫瘍の診断で同年 4 月，両側精巣摘除術を施行。病理診断は，右は精上皮腫で，左は悪性所見を認めない萎縮精巣で，精巣上体，精管は認めなかった。右精巣が腫瘍化し，左は萎縮精巣であったためか，術前テストステロン値は 51 ng/dl と男性の基準値より低値で，精巣摘除後さらに低下した。LDH，β-HCG は術後正常化し，術後 6 カ月を経過した現在も再発，転移の兆候を見ない。

**傍精巣横紋筋肉腫の 1 例：**大西 彰，野本剛史，藤井秀岳，木村泰典，中西弘之，中村晃和，三神一哉，水谷陽一，三木恒治（京府医大） 18歳，男性。右陰囊内腫瘤の増大を自覚し近区にて右高位精巣摘除術施行。病理組織診断は横紋筋肉腫であった。遠隔転移なく経過観察されていたが 9 カ月後右臀部痛出現，腹部腫瘤を触知し当科紹介受診。肺転移，傍下大静脈および右外腸骨リンパ節転移を認めたため，入院の上化学療法を開始した。5 クール施行後転移巣は著明に縮小し，残存腫瘍摘出術を勧めたが同意得られず，化学療法を 2 クール追加，その後の手術も再度拒否され退院となった。退院 2 カ月後，下腹部痛出現。傍下大静脈リンパ節転移の再燃を認めたため，再入院にて化学療法を 3 クール施行後，左射精神経温存後腹膜リンパ節郭清術施行した。追加の化学療法を 2 クール，放射線療法を肺と骨盤腔に併用し，転移巣はほぼ消失した。

**MRI にて術前診断が可能であった精巣垂捻転の 1 例：**町田裕一，北本興市郎，牧野哲也，野村広徳，鞍作克之，田中智章，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 12歳，男児。授業中，突然の右陰囊部痛を自覚し，近医受診。急性陰囊症の精査加療目的にて 2004 年 6 月当科紹介。触診にて右陰囊部の圧痛を認めるも，その他の身体所見に異常を認めなかった。ドップラーエコーにて両側精巣への血流は良好であり，ダイナミックサブトラクション MRI にて両側精巣の左右差はみとめず，造影剤の取り込みも良好であった。以上の所見より精巣付属器捻転症と診断した。陰囊部痛が軽快せず，持続していたため，翌日垂切除術を施行した。術中捻転した精巣垂を切除し，同時に精巣固定術を施行した。術後疼痛は消失した。精巣垂捻転の診断にはドップラーエコー，シンチグラムとともにダイナミックサブトラクション MRI も有用な検査であると考えられた。

**原発性精巣腺癌の 1 例：**寺川智章，田口 功，今西 治，山中 望（神鋼），伊藤利江子，近藤武史（同病理） 44歳，男性。右陰囊内に無痛性腫瘤を自覚し 2004 年 2 月当科受診した。慢性精巣上体炎を疑い，抗菌剤にて内服加療するも改善しないため，精巣上体摘除目的に 4 月 6 日手術を施行した。術中所見にて術前に触知した腫瘤は精巣下極，白膜内に存在していた。視触診にて良性腫瘍の可能性を考慮し腫瘍核出術を施行した。病理組織学的に mucinous adenocarcinoma の診断であった。全身検索にて他部位に異常認めず精巣原発と診断した。根治目的に 5 月 7 日右高位精巣摘除術を追加した。手術から 7 カ月経

過する現在再発、転移は認めていない。精巣原発の腺癌は稀であり本邦10例目と考えられる。予後はきわめて不良とされ今後厳重な経過観察が必要であると考えられる。

下大静脈腫瘍塞栓を伴った進行性精巣腫瘍の1例：田上英毅，沖波武，石戸谷 哲，前田純宏，奥村和弘（天理よろづ） 40歳，男性。約半年前から右陰嚢腫脹，約3カ月前から下腹部痛出現し，2004年2月20日当院受診。下大静脈内腫瘍塞栓と血栓を伴う巨大な傍大動脈リンパ節腫大を認めた。AFP 23,920 ng/ml と高値。右高位精巣摘除術施行し mature cystic teratoma で，T1N3M0 の診断に至る。抗凝固療法とBEP療法開始後7日目の胸部CTで肺塞栓を確認。翌日一時的の下大静脈フィルターを留置し，血栓消失後2週間で抜去した。AFP正常化後残存腫瘍にRPLNDを施行，viable cell を認めず。現在のところ再発なし。腫瘍塞栓を伴う精巣腫瘍では，化学療法の効果で腫瘍容積の急激な変化が起こることが予想され，肺塞栓症に対して十分な予防が必要である。

前立腺癌に対する放射線療法後に発症した陰茎壊疽性膿皮症の1例：柑本康夫，浦 邦委，岩井 哲，射場昭典，藤井令央奈，稲垣 武，鈴木淳史，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 77歳，男性。前立腺癌に対する放射線療法の16カ月後，陰茎痛および発熱を訴え当科再診。陰茎背側は腫大，硬化し，潰瘍を形成していた。デブリドメンを行ったところ，潰瘍はBuck筋膜に波及するも，海綿体白膜は保たれており，生検所見は非特異的炎症であった。広域抗生剤静注後も疼痛は増強し，炎症は亀頭や陰茎腹側に波及した。陰茎切除術も考慮したが，細菌培養が陰性であったためプレドニゾロンの投与を開始したところ，病巣は改善に向かい2カ月後には治癒した。以上の臨床経過より壊疽性膿皮症と診断した。本症の陰茎発生はきわめて稀であり，欧米8例，本邦7例の報告をみるのみである。フルニエ壊疽との鑑別を含め本症の診断，治療について考察を加え報告した。

陰茎海綿体膿瘍の2例：南 高文，梶川博司，片岡喜代徳（泉大津市立） 症例1，50歳，男性。排尿時痛，発熱にて当科受診。抗生剤投与にて一旦軽快するも再発。その後陰嚢および陰茎腫脹認めCTにて陰茎海綿体膿瘍と診断し切開排膿術施行した。その後症状軽快した。症例2，70歳，男性。会陰部痛にて当科受診。触診にて会陰部に痛性腫瘍を認めCT施行，陰茎海綿体膿瘍と診断し切開排膿術施行，その後症状軽快した。陰茎海綿体膿瘍はきわめて稀な疾患で，自験例は

本邦16，17例目である。原因としては，尿道炎，異物，外傷，薬剤および特発性が考えられてるが，自験例は2例とも，特発性であった。本疾患は難治性であり，陰茎切断を余儀なくされる症例が多いが，自験例は2例共温存なしえた。

悪性リンパ腫に伴った持続勃起症の1例：高橋 徹，野原隆弘，河嶋厚成，北村雅哉，赤井秀行，岡 聖次（国立大阪医療セ），竹田雅司，真能正幸（同病理），光林 茂（光林クリニック） 74歳，約10日前より持続する勃起のため2004年7月7日紹介受診。陰茎は亀頭を含めて勃起状態であった。陰茎海綿体内血液ガスは低酸素血症で，Low flow型と診断した。検査所見上，LDHの高値と汎血球減少を認めた。翌日陰茎海綿体-亀頭および尿道海綿体吻合術を施行したが勃起の改善は軽度であった。基礎疾患の精査にてsIL2rの高値，腹部CTで左腎門部および骨盤内にリンパ節腫大あり。その後全身状態が悪化し術後15日目に死亡。剖検の結果，肺，心臓，肝臓，腎臓などに浸潤したB細胞性リンパ腫で癌死であった。悪性リンパ腫に伴う持続勃起症の報告は少ないがリンパ腫の治療に伴い持続勃起症が改善した例もあり基礎疾患を考慮した早期の治療が重要と思われる。

MRIが診断に有効であった Sclerosing lipogranuloma と思われる1例：福井勝一，長船 崇，小倉啓司（大津赤十字） 29歳，男性。陰茎根部の腫瘍を自覚，急な増大認め初診。採血にて好酸球増多認めず。軽度の炎症反応認めるのみであった。特に異物注入や外傷の既往はなかった。陰茎を取り巻くように硬結増大し，CTとMRIを施行した。T1/T2で低信号・高信号の混在した索状構造を認め sclerosing lipogranuloma が疑われた。消炎鎮痛剤内服にて経過観察となり，約2カ月後，完全消失した。その後，約6カ月経った現在再発は認めていない。

S状結腸癌の精索精巣上体転移の1例：河嶋厚成，野原隆弘，高橋徹，北村雅哉，赤井秀行，岡 聖次（国立大阪医療セ），三嶋秀行（同外科），真能正幸（同病理） 75歳，男性。1999年，S状結腸癌に対してS状結腸切除術施行。その後肺転移が出現し2001年11月肺葉切除術施行。2004年6月CEA上昇とともに右陰嚢部無痛性腫脹を自覚し，当科紹介受診。2004年8月右高位精巣摘除術を施行した。組織結果は結腸癌精索転移であった。施行後CEAは正常値へと下降した。転移性精索腫瘍は本邦報告88例目であった。